

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

IC PERUGIA 13

OGGETTO: Richiesta di somministrazione farmaco/i indispensabile/i e/o farmaco/i salvavita

I/Il/La sottoscritti/o/a _____ e _____
genitori/e / tutori/e di _____ nato a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____ n. _____ frequentante la classe/sezione
_____ della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Scuola secondaria di I grado di
_____ essendo il minore affetto dalla seguente patologia

e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono/chiede (barrare l'opzione che interessa)

che al/alla proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale scolastico non sanitario, il/i **farmaco/i indispensabile/i** previsto/i dal Piano terapeutico allegato e redatto in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

che al/alla proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale scolastico non sanitario, il/i **farmaco/i salvavita**, in caso di urgenza dovuta al seguente evento _____

che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato e redatto in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

che il/la proprio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del/dei farmaco/i, sia assistito dal personale scolastico non sanitario durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del/dei **farmaco/i** previsto/i dal Piano terapeutico allegato e redatto in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____.

I/Il/La sottoscritti/o/a dichiarano/dichiara di essere consapevoli/e che l'operazione di somministrazione (di vigilanza in caso di auto-somministrazione) viene svolta da personale scolastico non sanitario, esprimono/esprime altresì il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e resosi disponibile somministri il/i farmaco/i previsto/i dal Piano terapeutico e sollevano/solleva il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del/dei farmaco/i, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I/II/La sottoscritti/o/a avranno/avrà cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione del/dei farmaco/i anche in relazione alla sua/loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco/i scaduto/i questo/i non potrà/potranno essere somministrato/i.

I/II/La sottoscritti/o/a provvederanno/provederà a rinnovare la documentazione al variare della posologia e/o ad ogni anno scolastico/passaggio scolastico/trasferimento, nonché a comunicare tempestivamente e a documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I/II/La sottoscritti/o/a autorizzano/autorizza il personale della scuola alla somministrazione del/dei farmaco/i salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori sanitari del servizio di emergenza.

I/II/La sottoscritti/o/a acconsentono/acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 e del D.lgs 196/2003.

Si allega alla presente istanza apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Si forniscono i seguenti numeri di telefono utili:

Genitori/Tutori	Cognome e nome	Recapito telefonico
Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale		

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori o di chi esercita la
responsabilità genitoriale

In caso di compilazione della richiesta da parte di un solo genitore, sottoscrivere anche la seguente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiara di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore/tutore
